

生活保護法による指定介護機関に対する指導および検査実施要領

この要領は、函館市における生活保護法による指定介護機関（以下「指定介護機関」という。）に対する指導および検査の実施に関する要領を定めるものであり、生活保護法による介護扶助運営要領（平成12年3月31日社援第825号社会・援護局長通知）に定めるところに準拠し、次のとおりとする。

（指導の方針）

第1条 指定介護機関に対する指導は、一般指導と個別指導とがあり、介護扶助の処遇の向上と自立助長に資するため、以下の方針により行う。

- （1）福祉事務所と指定介護機関相互間の協力体制の確保
- （2）生活保護制度の趣旨および介護扶助に関する事務取扱の周知徹底
- （3）介護サービス内容および介護給付請求事務の適正を期するための指導の実施

（一般指導の目的）

第2条 一般指導は、生活保護制度および法令に定める事項ならびに介護扶助事務取扱の周知徹底を図ることを目的とする。

（一般指導の対象指定介護機関）

第3条 一般指導の対象となる指定介護機関は、当市所管のすべての指定介護機関とする。

（一般指導における指導の方法）

第4条 一般指導は、集団による講習、懇談による実施、または文書の配布等により行う。

（個別指導の目的）

第5条 個別指導は、介護扶助受給者による処遇が効果的に行われるよう、福祉事務所と指定介護機関相互の協力体制を確保することを目的とする。

（個別指導の対象介護機関の選定基準）

第6条 個別指導の対象となる指定介護機関は次の基準により選定する。

- （1）介護サービスを提供される被保護者が多い指定介護機関
- （2）新たに指定した指定介護機関
- （3）福祉事務所から指導の要請があった指定介護機関
- （4）介護保険者から個別指導の実施について要望があった指定介護機関
- （5）その他、個別指導が必要と認められた指定介護機関

（個別指導の方法）

第7条 個別指導は次の方法により行う。

- (1) 被保護者の処遇が効果的に行われるよう福祉事務所と指定介護機関相互の協力体制を確保することを主眼として、被保護者の介護サービスの給付に関する事務および給付状況等について介護記録その他の帳簿種類等を閲覧し、懇談指導を行う。

なお、個別指導を行った上、特に必要があると認められるときは、被保護者についてその介護サービスの受給状況等を調査することができる。

- (2) 原則として実地に行うものとするが、新たに介護扶助を行う指定介護機関のうち実地による指導を行うことを要さないものについては、複数の指定介護機関の管理者またはその他の関係者を一定の場所に参集を求めて行う。

また、前年度の個別指導を踏まえ、実地に指導を行うことを要さない指定介護機関のうち引き続き指導の必要があるものについては、書面の提出を受けた上で、指定介護機関の管理者またはその他の関係者を一定の場所に参集を求めて行う。

(指導内容)

第8条 介護扶助受給者の介護給付に関する事務およびサービス内容等について、関係職員から状況の徴収、および介護記録その他報酬請求に係る帳簿書類等を閲覧し、以下を主眼事項として懇談指導をする。

- (1) 生活保護制度の趣旨および介護扶助に関する事務取扱いにおける理解の状況
- (2) 報酬請求の適否の状況
- (3) 障害者自立支援法等他法活用の取扱い状況
- (4) 保護の実施機関に対する協力の状況
- (5) 訪問介護等介護従事者確保の状況
- (6) 要介護者等に関する介護記録および報酬請求に係る帳簿、書類の記載および保管の状況
- (7) 居室、療養室等の提供状況
- (8) 特定施設入所者生活介護等の入居にかかる利用料負担状況
- (9) 居宅介護支援計画（ケアプラン）等作成状況
- (10) 介護施設入所者基本生活費の取扱い状況

(個別指導班の編成)

第9条 個別指導班は職員2名以上で編成する。

(関係機関との連絡調整)

第10条 個別指導は年間個別指導計画書の立案を行い、年間計画書をもって介護保険担当課等による介護機関監査実施月と調整する。

(計画の周知)

第 11 条 個別指導実施の概ね 1 か月前までに、個別指導の実施対象となる指定介護機関に日時および内容等について文書をもって通知する。

なお、通知を行う際、指定介護機関に対しては、次の資料について提出を求める。

- (1) 介護扶助受給者の状況票（様式 1 - 1）
- (2) 指定介護機関職員一覧（様式 1 - 3）
- (3) 介護保険施設等現況報告書の写し、もしくは介護機関施設等現況報告書（様式 1 - 4）
- (4) 運営規定、重要事項説明書、契約書の写し、パンフレット・チラシ

また、対象介護機関に委託している福祉事務所からは、次の資料について提出を求める。

- (1) 介護扶助受給者の状況票（様式 1 - 2）
- (2) 指定介護事業者の状況票（様式 2）
- (3) 過去 3 か月分の介護給付公費受給者別一覧（写）
- (4) 直近の利用内容が記載されたサービス利用票（写）
- (5) 直近の利用内容が記載されたサービス利用票別表（写）

（指導結果の措置）

第 12 条 指導結果は当日講評を行い、改善事項等について口頭指導を行う。必要があると認められる場合は、その改善事項等について期限（概ね 2 か月）を付して報告を求める。

指導の結果、介護報酬の過誤払いが認められたものは北海道国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）へ過誤調整の措置を行う。ただし、過誤調整ができない場合は、これを返還されるよう措置する。

（指定介護機関に対する検査の目的）

第 13 条 指定介護機関に対する検査は、介護扶助受給者に係る介護報酬の請求の適否を調査して介護扶助の適正な実施を図ることを目的とする。

（検査の対象指定介護機関）

第 14 条 検査の対象となる指定介護機関は次のとおりである。

- (1) 介護サービスの内容または介護報酬の請求に不正または不当があると疑うに足りる理由が認められる指定介護機関
- (2) 正当な理由なく個別指導を受けることを拒否した指定介護機関
- (3) その他個別指導の結果、特に必要があると認められる指定介護機関

（検査の内容）

第 15 条 検査は介護扶助受給者に係る介護サービス内容および介護報酬請求の適否について、関係職員からの状況の聴衆聴取、および介護給付費受給者別一覧

表と介護記録その他の帳簿種類の照合，整備等の調査を行う。

（検査班の編成）

第 16 条 検査班の編成は個別指導に準ずる。

（関係機関との連絡調整）

第 17 条 年間計画書をもって指導監査課等による介護機関検査実施月と調整し，検査実施時期を決定する。

（検査の周知）

第 18 条 検査実施前に，検査実施の対象となる指定介護機関に検査の日時および内容等について文書をもって通知する。

（検査の実施）

第 19 条 検査は指定介護機関において実地する。

（検査後の措置）

第 20 条 検査後の行政措置は，事案の軽重により，指定取消・戒告・注意とし，後日文書をもって通知する。

なお，指定取消の措置に該当する恐れがあると認められた場合は，当該指定介護機関に対して聴聞を行うこととし，その手続きは行政手続法第 3 章第 2 節に定めるところによるものとする。

検査の結果，不正または不当な介護サービスおよび介護報酬の請求による過誤払いが認められた場合は，「確認書」（様式 3）および「介護報酬返還申出書」（様式 4）の提出を受け，国保連への過誤調整の措置を行う。ただし，過誤調整ができない場合は，これを返還されるよう措置する。

2 前項の「確認書」および「介護報酬返還申出書」が提出されない場合であっても，市長は，職権をもって返還金の額を決定し，過誤調整の措置をすることができる。ただし，過誤調整できない場合は，これを返還させるよう措置することができる。

3 検査の結果，指定の取消を行ったときは，生活保護法第 55 条の 2 の規定に基づきすみやかにその旨を告示するとともに，その介護機関の事業活動区域を所管する保護の実施機関および国保連に上情報提供を行う。

附 則

この要領は，平成 17 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は，平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年1月7日から施行する。

介護扶助受給者の状況票(指定事業者用)

平成 年 月 日～平成 年 月 日の利用者

事業者名()

番号	福祉事務所名	介護扶助受給者の氏名	性別	年 齢	介護サービス	※要介護度	主たる傷病名	備考(支援上の問題点等)
					利用開始日			
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					

※直近6ヶ月間に要介護度に変更がある場合は、<例>要支援から要介護1(年 月変更)のように記載してください。

※「備考」には問題点等特記事項があれば記載してください。

介護扶助受給者の状況票(指定事業者用)

平成 年 月 日～平成 年 月 日の利用者

事業者名()

番号	福祉事務所名	介護扶助受給者の氏名	性別	年齢	介護サービス 利用開始日	※要介護度	主たる傷病名	備考(支援上の問題点等)
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					
			男・女					

※直近6ヶ月間に要介護度に変更がある場合は、<例>要支援から要介護1(年 月変更)のように記載してください。

※「備考」には問題点等特記事項があれば記載してください。

指定介護機関職員一覧

事業所名:

番号	役職	氏名	性別	主な業務	常勤・非常勤の別	保有資格等 (研修修了者も含む)
1			1 男 2 女		1 常勤 2 非常勤	
2			1 男 2 女		1 常勤 2 非常勤	
3			1 男 2 女		1 常勤 2 非常勤	
4			1 男 2 女		1 常勤 2 非常勤	
5			1 男 2 女		1 常勤 2 非常勤	
6			1 男 2 女		1 常勤 2 非常勤	
7			1 男 2 女		1 常勤 2 非常勤	
8			1 男 2 女		1 常勤 2 非常勤	
9			1 男 2 女		1 常勤 2 非常勤	
10			1 男 2 女		1 常勤 2 非常勤	

※欄が不足する場合は複写しご記入ください。

指定介護機関職員一覧(訪問介護)

事業所名:

番号	役職	氏名	性別	主な業務	常勤・非常勤の別	保有資格等 (研修修了者も含む)
1			1 男 2 女	1 訪問介護員 2 サービス提供責任者 3 その他	1 常勤 2 非常勤	
2			1 男 2 女	1 訪問介護員 2 サービス提供責任者 3 その他	1 常勤 2 非常勤	
3			1 男 2 女	1 訪問介護員 2 サービス提供責任者 3 その他	1 常勤 2 非常勤	
4			1 男 2 女	1 訪問介護員 2 サービス提供責任者 3 その他	1 常勤 2 非常勤	
5			1 男 2 女	1 訪問介護員 2 サービス提供責任者 3 その他	1 常勤 2 非常勤	
6			1 男 2 女	1 訪問介護員 2 サービス提供責任者 3 その他	1 常勤 2 非常勤	
7			1 男 2 女	1 訪問介護員 2 サービス提供責任者 3 その他	1 常勤 2 非常勤	
8			1 男 2 女	1 訪問介護員 2 サービス提供責任者 3 その他	1 常勤 2 非常勤	
9			1 男 2 女	1 訪問介護員 2 サービス提供責任者 3 その他	1 常勤 2 非常勤	
10			1 男 2 女	1 訪問介護員 2 サービス提供責任者 3 その他	1 常勤 2 非常勤	

※欄が不足する場合は複写しご記入ください。

指定介護機関職員一覧(通所介護)

事業所名:

番号	役職	氏名	性別	主な業務	常勤・非常勤の別	保有資格等 (研修修了者も含む)
1			1 男 2 女	1 生活相談員 4 機能訓練指導員 2 看護職員 5 管理者 3 介護職員 6 その他	1 常勤 2 非常勤	
2			1 男 2 女	1 生活相談員 4 機能訓練指導員 2 看護職員 5 管理者 3 介護職員 6 その他	1 常勤 2 非常勤	
3			1 男 2 女	1 生活相談員 4 機能訓練指導員 2 看護職員 5 管理者 3 介護職員 6 その他	1 常勤 2 非常勤	
4			1 男 2 女	1 生活相談員 4 機能訓練指導員 2 看護職員 5 管理者 3 介護職員 6 その他	1 常勤 2 非常勤	
5			1 男 2 女	1 生活相談員 4 機能訓練指導員 2 看護職員 5 管理者 3 介護職員 6 その他	1 常勤 2 非常勤	
6			1 男 2 女	1 生活相談員 4 機能訓練指導員 2 看護職員 5 管理者 3 介護職員 6 その他	1 常勤 2 非常勤	
7			1 男 2 女	1 生活相談員 4 機能訓練指導員 2 看護職員 5 管理者 3 介護職員 6 その他	1 常勤 2 非常勤	
8			1 男 2 女	1 生活相談員 4 機能訓練指導員 2 看護職員 5 管理者 3 介護職員 6 その他	1 常勤 2 非常勤	
9			1 男 2 女	1 生活相談員 4 機能訓練指導員 2 看護職員 5 管理者 3 介護職員 6 その他	1 常勤 2 非常勤	
10			1 男 2 女	1 生活相談員 4 機能訓練指導員 2 看護職員 5 管理者 3 介護職員 6 その他	1 常勤 2 非常勤	

※欄が不足する場合は複写しご記入ください。

指定介護機関施設等現況報告書

1 事業所の概要

記入年月日 平成 年 月 日

法人名							
法人所在地							
法令遵守責任者名							
法人電話番号				法人ファックス番号			
事業所名称							
事業所番号							
事業所所在地							
事業所電話番号				事業所ファックス番号			
電子メールアドレス							
記入者	所属						
	職名			氏名			

2 従業員の職種・員数

	管理者			()		()		()			
	専	従	兼務	専	従	兼	務	専	従	兼	務
常勤(人)											
非常勤(人)											
	()			()		()		()			
	専	従	兼務	専	従	兼	務	専	従	兼	務
常勤(人)											
非常勤(人)											
	()			()		()		()			
	専	従	兼務	専	従	兼	務	専	従	兼	務
常勤(人)											
非常勤(人)											

注1 直近の状況を記入すること。

注2 ()内には職種名を記載すること。

4 利用者の状況(直近月, 生保のみ)

利用者人員	人
-------	---

5 通常の事業の実施地域以外で事業を実施した地域及び人員(前年度, 生保のみ)

--

注 運営規程で定める通常の事業の実施地域以外で、訪問介護事業を行った地域と実人員を記入すること。

6 苦情の状況(主な内容及び処遇状況)【前年度苦情件数 件】

(苦情の内容)
(処理状況)

注 前年度に受けた利用者からの苦情について、その内容と処理結果を簡潔に記入すること。

7 介護サービスの質の評価(自己評価)の実施状況(前年度)

自己評価の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------------	---

指定介護機関施設等現況報告書(訪問介護)

1 事業所の概要

記入年月日 平成 年 月 日

法人名				
法人所在地				
法令遵守責任者名				
法人電話番号		法人ファックス番号		
事業所名称				
事業所番号				
事業所所在地				
事業所電話番号		事業所ファックス番号		
電子メールアドレス				
記入者	所属			
	職名		氏名	

2 訪問介護員等の員数

	訪問介護員等	
	専従	兼務
常勤(人)		
非常勤(人)		

注1 直近の状況を記入すること。

3 サービス提供責任者の員数

	サービス提供責任者	
	専従	兼務
常勤(人)		
非常勤(人)		

注1 直近の状況を記入すること。

4 利用者の状況(直近月, 生保のみ)

登録者数	人 【うち介護予防サービス利用者	人】
------	------------------	----

5 通常の事業の実施地域以外で事業を実施した地域及び人員(前年度, 生保のみ)

--

注 運営規程で定める通常の事業の実施地域以外で、訪問介護事業を行った地域と実人員を記入すること。

6 苦情の状況(主な内容及び処遇状況)【前年度苦情件数 件】

(苦情の内容)
(処理状況)

注 前年度に受けた利用者からの苦情について、その内容と処理結果を簡潔に記入すること。

7 介護サービスの質の評価(自己評価)の実施状況(前年度)

自己評価の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
------------	----------------------------	----------------------------

指定介護機関施設等現況報告書(通所介護)

1 事業所の概要

記入年月日 平成 年 月 日

法人名							
法人所在地							
法令遵守責任者名							
法人電話番号				法人ファックス番号			
事業所名称							
事業所番号							
事業所所在地							
事業所電話番号				事業所ファックス番号			
電子メールアドレス							
記入者	所属						
	職名			氏名			

2 従業員の職種・員数

	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専	従	兼	務	専	従	兼	務
常勤(人)								
非常勤(人)								
	管理栄養士		言語聴覚士		歯科衛生士			
	専	従	兼	務	専	従	兼	務
常勤(人)								
非常勤(人)								

注1 直近の状況を記入すること。

3 利用者の状況(前年度, 生保のみ)

		居宅サービス (人)	介護予防サービス (人)	計
4月	実人員			
	延利用数	()	()	()
5月	実人員			
	延利用数	()	()	()
6月	実人員			
	延利用数	()	()	()
7月	実人員			
	延利用数	()	()	()
8月	実人員			
	延利用数	()	()	()
9月	実人員			
	延利用数	()	()	()
10月	実人員			
	延利用数	()	()	()
11月	実人員			
	延利用数	()	()	()
12月	実人員			
	延利用数	()	()	()
1月	実人員			
	延利用数	()	()	()
2月	実人員			
	延利用数	()	()	()
3月	実人員			
	延利用数	()	()	()
計	実人員			
	延利用数	()	()	()

注 各月ごとの利用実人員を記入すること。()内は延べ利用回数を記入すること。

4 通常の事業の実施地域以外で送迎を実施した地域及び人員(前年度, 生保のみ)

--

注 運営規程で定める通常の事業の実施地域以外で、送迎を行った地域と実人員を記入すること。

5 苦情の状況(主な内容及び処遇状況) 【前度苦情件数 件】

(苦情の内容)
(処理状況)

注 前年度に受けた利用者からの苦情について、その内容と処理結果を簡潔に記入すること。

6 介護サービスの質の評価(自己評価)の実施状況(前年度)

自己評価の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------------	---

様式2

指定介護事業者の状況票

指定介護機関名()

福祉事務所

福祉事務所との連携体制について		指定介護機関に対する意見・要望について具体的に記入してください。
1	福祉事務所との連携体制について	
2	委託者の取扱い状況	
3	介護サービス内容および介護報酬請求の状況	
4	保険外負担請求の状況	
5	その他	

※本票は、個別指導の事前資料としてのみ使用します。

確 認 書

検 査 員

生活保護法第54条の2の規定に基づく検査結果は、次のとおりです。

(不正・不当) 請求確認事項			
施設サービス費	件	単位	円
食事サービス費	件		円
	分	合 計	円

上記のとおり確認しました。

平成 年 月 日

指定介護機関名

開設者(管理者)

介護報酬返還申出書

平成 年 月 日

函館市長 様

指定介護機

所在地

名 称

開設者(管理者)

(介護機関コード)

平成 年 月 日に行われた検査の結果、返還の指定を受けた金額については、北海道国民健康保険団体連合会から支払われる介護報酬から控除願いたく申出いたします。

なお、連合会から支払われる介護報酬から控除できない場合は、ご指示のとおり返還いたします。

記

返還金額 一金 円

(別紙内訳のとおり)